JULES ROUSSET
ÉDITEUR

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Albert SCHWAAB

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'Accouchements*)

CONCOURS DE 1904

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux de Paris (1892).

Docteur en médecine (1896).

Lauréat de la Faculté (Prix de thèse ; médaille d'argent, 1896).

Préparateur des Cours d'accouchements à la Faculté de médecine (1897).

Moniteur des manœuvres obstétricales à la Faculté (1896 et 1897).

Chef de Clinique d'accouchements (Clinique Tarnier, 1899).

Membre de la Société Obstétricale de France.

Membre titulaire de la Société d'Obstétrique de Paris.



ENSEIGNEMENT

Moniteur des manœuvres obstétricales à la Faculté (1896 et 1897).

Cours complémentaires d'accouchements aux stagiaires de la Clinique Tarnier, depuis 1899.

Conférences de clinique obstétricale, faites dans le service de M. le docteur Bonnaire (Hôpital Lariboisière, depuis 1900), et dans le service de M. le docteur Maygrier (Hôpital de la Charité, 1902, 1903).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Publications non obstétricales

Hernie ischiatique renfermée dans un fibro-lipome de la fesse droite. — Présentation de la pièce à la Société anatomique, séance du 18 mars 1892, in Bull. de Soc. Anat., mars 1892, fasc. n° 7.

Sur la hernie ischiatique. — Archives générales de méd., juillet 1892, p. 34.

Un cas d'hydrocèle en bissac. — Médecine moderne du 27 mai 1893.

Purpura myélopathique d'origine infectieuse. — In Méd. moderne du 8 novembre 1893.

Un cas de dermographisme d'origine hépatique. — In Méd. moderne du 6 décembre 1893.

L'hystéro-neurasthénie traumatique. — Revue générale in Méd. moderne, 27 janvier 1894.

De l'intoxication sulfo-carbonée. — Revue générale in Méd. moderne, 31 mars 1894.

Un cas de sarcomatose aiguë généralisée avec fièvre. — Bull. de la Soc. anat., octobre 1894, n° 21.

Cas d'anévrisme de l'aorte. — Bull. de la Soc. anat., novembre 1894, n° 23.

Publications obstétricales

Contribution à l'étude du Placenta marginé. — Arch. de Tocologie et de gynécologie, juillet 1895, t. XXII, n° 7.

Un cas de tératome lombaire. — Bull. de la Société d'obst. et de gynéc., Paris, juillet 1895.

Pièces de foie et de cerveau dans un cas d'éclampsie. — Soc. anat., séance du 6 décembre 1895.

Un cas de perforation traumatique de l'utérus. — Soc. d'obst. et de gynéc., Paris, séance du 12 décembre 1895.

Observation de syphilis placentaire. — Presse Médicale du 14 décembre 1895.

Du déciduome malin. — Revue générale, Presse Médicale du 25 décembre 1895.

De la Syphilis du placenta. — (Thèse inaugurale, 1896).

Un cas d'hémiplégie post-éclamptique. — Société obstétricale de France, avril 1896.

Statistique des applications de forceps faites à la Maternité de Lariboisière pendant l'année 1895. — Comparaison avec les statistiques allemandes. — Journal l'Obstét. 1896, p. 237.

Ligature et pansement du cordon ombilical. — Revue générale, Médecine mod., 13 mai 1896.

De l'action du sulfate de quinine comme agent ocytocique. — In Méd. mod., 9 janvier 1897.

Traitement des vomissements incoercibles. — Revue générale, Presse médicale, décembre 1896.

Mort habituelle du fœtus. — Presse Méd. 9 Janv. 1897.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. — Journal l'Obst. 1897. p. 198.

L'auto-intoxication gravidique. — Arch. Générales de Méd., Décembre 1897.

Une observation d'accouchement systématiquement rapide dans l'éclampsie. — in thèse de Mortagne. Paris, 1897.

Mensuration de la tête fœtale. — Presse Méd. 1er Juin 1898.

De l'exploration externe. — Presse Méd. 6 Avril 1898.

Dystocie par rétraction de l'orifice externe du col dans un cas de présentation de l'épaule. — En collaboration avec M. Maygrier (Société d'Obst. de Paris, Mai 1898).

Etude sur le forceps Crouzat. — En collaboration avec M. Maygrier. — Journal l'Obst. 1898. p. 220.

De la môle hydatiforme. — Revue Générale, Journal l'Obst. 1898. p. 405.

Manuel opératoire et indications des injections intra-utérines. — Presse Médicale. 11 Janvier 1899.

Kyste congénital sacro-coccygien ; opération, guérison. — En collaboration avec M. Henri de Rotschild ; Société d'Obst. de Paris. 16 Février 1899.

Présentation de 3 placentas marginés offrant tous trois des hémorragies par rupture du sinus circulaire. — Société d'Obstétrique. Décembre 1899.

Opération césarienne vaginale. — Revue Générale, Presse Médicale. 29 Novembre 1899.

Présentation d'un monstre sirénomèle. — En collaboration avec MM. Macé et Bouchacourt. — Soc. d'Obst. Fév. 1900.

Un cas de tumeur pelvienne ayant fait obstacle à l'accouchement. — En collaboration avec M. Démelin ; Soc. d'Obst. Avril 1900.

Un cas de maladie de Little. — Société d'Obst. Mai 1900.

Deux cas de malformation utérine diagnostiquée à propos de suites de couches pathologiques. — Société d'Obst. Novembre 1900.

Insertion vélamenteuse du cordon ; mort de l'enfant par déchirure d'un vaisseau ombilical.— Société d'Obst. Novembre 1900.

Deux cas d'aménorrhée coïncidant avec une galactorrhée persistante. — Société Obstétricale de France. Avril 1901.

Déformations plastiques du fœtus dans la présentation du siège. — En collaboration avec M. Bonnaire. Soc. d'Obst. Mai 1901.

Présentation d'un enfant hydrocéphale ; variole grave de la mère pendant la grossesse. — Soc. d'Obst. Déc. 1901.

Observation d'un très gros fœtus. — Soc. d'Obst. Mai 1903.

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles. — En collaboration avec M. Lévy Bing. Presse Médicale. 31 Octobre 1903.

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles (Nouvelles observations). En collaboration avec M. Lévy-Bing ; Soc. d'Obst. Déc. 1903.

De la fièvre chez les nouveaux-nés syphilitiques. — Soc. Obstétricale de France, avril 1904.

ANALYSE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

Contribution à l'étude du placenta marginé

(*Arch. de Tocol. et de Gynecol.* Juillet 1895 p. 509)

Alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Maygrier, à l'hôpital Lariboisière, nous avions eu, à différentes reprises, l'occasion de recueillir des placentas offrant la disposition spéciale du *placenta marginé* ou *placenta bordé*.

Cette anomalie du délivre, peu étudiée en France, avait fait l'objet d'un certain nombre de travaux à l'étranger.

Nous avons cru utile de mettre cette question au point, et, nous basant sur nos examens microscopiques personnels, de faire la critique des assertions diverses des auteurs étrangers au sujet de la pathogénie du placenta marginé.

Cette variété de placenta présente sur sa face fœtale une bordure, un anneau blanchâtre, faisant un relief plus ou moins marqué, et éloigné de un à plusieurs centimètres du bord placentaire.

Cet anneau divise la face fœtale du placenta en deux régions : l'une, centrale, seule recouverte de chorion ; l'autre périphérique, ou marge. Le chorion ne s'insère donc pas à la périphérie du placenta, mais à une certaine distance en dedans d'elle.

Le bourrelet ou bordure est formé par la caduque ovulaire épaissie et repliée sur elle-même ; dans le repli de cette caduque on trouve de la fibrine ou du sang coagulé.

Dans le placenta marginé, la périphérie du placenta est toujours très épaisse.

Au point de vue des rapports du placenta marginé avec la marche de la grossesse, on voit dans la moitié des cas environ l'accouchement prématuré coïncider avec l'anomalie placentaire.

De plus, même lorsque l'accouchement se fait à terme, le fœtus est mal développé et de poids faible. Et les fœtus sont de poids et de longueur d'autant plus faibles que l'anomalie du placenta est plus accusée.

Le placenta marginé donne souvent lieu à des difficultés de la période de délivrance.

Au point de vue étiologique, on note dans la grande majorité des cas, des symptômes d'*endométrite* dans les antécédents de la femme. L'endométrite se manifeste avant ou au cours de la grossesse dans laquelle on constatera un placenta marginé.

Quelle est la pathogénie du placenta bordé ?

Pour Ruge, la bordure est due à des hémorragies se faisant autour de l'œuf et consécutives à de l'endométrite.

Pour Kölliker, l'anneau est formé par un épaississement de la caduque sous-choriale qui s'accole à la caduque réfléchie.

Pour Schultze et Veit, il s'agit d'un processus inflammatoire portant sur la caduque et épaississant celle-ci. Cette caduque empêche ainsi le développement de la poche ovulaire.

Klein admet que le bourrelet est formé par un épaississement inflammatoire de la caduque réfléchie au point où elle s'insère à la périphérie de l'œuf.

Nos examens personnels viennent confirmer l'opinion de Klein : le bourrelet est nettement formé par un repli de la caduque réfléchie, épaissie, repli formant une fente ouverte en dehors. L'épaississement porte surtout sur le feuillet inférieur. En somme, le placenta marginé est la conséquence d'un processus inflammatoire survenant avant ou au cours de la grossesse et portant sur la caduque.

La caduque réfléchie, épaissie, forme un bourrelet résistant autour du bord du placenta. La surface choriale est gênée dans son extension, mais les villosités placentaires margi-

nales arrivent à vaincre la résistance opposée par la caduque; le bord épais du placenta r. foule alors en haut la caduque qui viendra tapisser la face supérieure de ce bord placentaire et s'accolera avec la caduque ovulaire, tapissant le chorion membraneux. De l'adossement de ces deux feuillets de caduque réfléchie, épaissie, naît le bourrelet. Le placenta marginé indique le plus souvent l'existence d'une endométrite qu'il faudra soigner, afin d'éviter à la femme soit un accouchement prématuré, soit la naissance d'un enfant probablement débile.

Présentation de trois placentas marginés offrant tous trois des hémorragies par rupture du sinus circulaire

(Bull. de la Société d'Obst. de Paris, 1899, p. 408)

Ces 3 placentas à type nettement marginé recueillis à la Clinique Tarnier, dans le service de M. le Professeur Budin, offraient tous trois la même particularité intéressante, à savoir des hémorragies par rupture du sinus circulaire. Le bourrelet qui limitait en dehors l'insertion du chorion basal était formé manifestement par une accumulation de fibrine stratifiée. Sur deux des placentas, l'anneau de fibrine était interrompu par places et complété à ce niveau par des caillots cruoriques récents, en forme de sangsues, sortant d'une partie rompue du sinus circulaire. On pouvait donc se demander si anneau de fibrine et caillots rouges n'étaient pas tous deux des hémorragies du sinus circulaire de dates différentes. Ces hémorragies pourraient donc jouer un certain rôle dans la genèse du placenta bordé?

DE LA SYPHILIS DU PLACENTA

(*Thèse inaugurale*, Paris, 1896)

Pendant l'année d'internat que nous avons passée dans le service de la Maternité de Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'assister à un très grand nombre d'accouchements de femmes syphilitiques et d'examiner les placentas provenant de ces malades. Frappé de l'aspect spécial que présentaient d'ordinaire ces placentas, nous nous sommes proposé d'étudier au point de vue macroscopique et histologique l'arrière-faix dans la syphilis. Cette étude devait offrir un intérêt à la fois scientifique et pratique, car s'il était possible de déceler dans le placenta un ensemble de lésions caractéristiques de syphilis, le diagnostic de cette affection pourrait être facilité dans les cas douteux, soit chez la mère soit chez l'enfant.

C'est cette étude qui fait le sujet de notre thèse inaugurale. Notre travail est divisé en un certain nombre de chapitres.

I. — Dans un premier chapitre, consacré à des considérations générales, nous étudions l'influence de la syphilis sur la marche de la grossesse et le produit de la conception. Avortements ou accouchements prématurés d'une part; infection syphilitique du fœtus, à modalités cliniques variables, d'autre part : voilà le résultat de la syphilis lorsque survient une grossesse.

L'action de la syphilis est variable suivant l'origine de la syphilis, c'est-à-dire suivant que l'affection vient du père ou de la mère ou des deux réunis ; suivant l'ancienneté plus ou moins grande de la syphilis ; suivant le traitement intervenu.

II. — *Etude historique et critique de la syphilis placentaire.*

Les lésions du placenta, dans la syphilis, ont été étudiées

depuis fort longtemps : Murat (1820), P. Dubois, Putégnat, d'Outrepont, Simpson décrivent certaines altérations, mais qui ne semblent nullement spécifiques. C'est Virchow, le premier, qui étudie la question d'une façon vraiment scientifique en distinguant les lésions du placenta maternel de celles du placenta fœtal. Il décrit de plus une véritable endométrite vénérienne. Puis viennent les travaux d'Œdmansson, et surtout de Fraenkel (1873). Ce dernier auteur décrit nettement un placenta syphilitique, spécifique en quelque sorte, mais variable comme lésions, suivant que le virus vient du père ou de la mère. Cette schématisation, comme nous le verrons, est trop absolue. En France, de Sinéty, Duchamp, Pinard, Vallois, appellent l'attention sur l'augmentation de volume et de poids du placenta dans la syphilis.

III. — Dans un troisième chapitre, nous exposons nos observations personnelles avec les examens histologiques détaillés. Cette étude nous permet de décrire de la façon suivante l'anatomie pathologique de la syphilis placentaire.

A. — *Etude macroscopique*

L'*hypertrophie* est le grand caractère du placenta syphilitique, hypertrophie d'autant plus remarquable qu'elle coïncide presque toujours avec un développement très précaire du produit de conception. Le placenta syphilitique est à la fois augmenté de volume et de poids ; alors que le placenta normal représente 1/6 environ du poids du fœtus à terme, le placenta syphilitique représente, comme poids, le 1/4 du poids d'un fœtus syphilitique à terme, et le 1/3 du poids d'un fœtus âgé de 7 à 8 mois 1/2.

On a observé des placentas syphilitiques pesant 700, 1000, 1680 grammes et plus.

L'hypertrophie est surtout marquée quand le fœtus naît mort et macéré.

Le placenta syphilitique, de plus, est pâle, œdémateux, parfois mou et friable, parfois dense et ferme.

Ces caractères macroscopiques du placenta peuvent faire soupçonner la syphilis : ils ne sauraient la faire affirmer.

B. — *Etude histologique*

Les altérations microscopiques du placenta syphilitique, constantes, sont en quelque sorte spécifiques ; elles sont caractérisées par une véritable cirrhose placentaire, d'ordinaire embryonnaire.

Les lésions sont en général diffuses, atteignant les différents éléments du placenta, tant fœtal que maternel.

Les *villosités choriales* sont hypertrophiées et déformées.

La première lésion en date, celle qui précède et détermine toutes les altérations du placenta syphilitique, est constituée par une endo-périartérite et une endo-périphlébite plus ou moins généralisée aux vaisseaux des villosités choriales.

Cette endo-périartérite, d'ordinaire embryonnaire, est souvent scléreuse et s'accompagne d'une infiltration embryonnaire ou scléreuse périvasculaire.

Ces lésions vasculaires sont constantes ; elles conduisent souvent à l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux fœtaux.

Le stroma des villosités est altéré par une infiltration embryonnaire souvent considérable, surtout périvasculaire. Parfois on observe aussi la transformation scléreuse.

L'épithélium de revêtement des villosités est ou détruit ou proliféré.

La membrana chorii est souvent épaissie ; les vaisseaux qui y sont contenus peuvent être atteints de périartérite.

Le placenta maternel ou caduque sérotine ne renferme jamais à notre connaissance des gommes macroscopiques. On peut parfois y déceler des formations gommeuses microscopiques ou un peu d'épaississement des capillaires.

Le cordon ombilical peut présenter une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée et des lésions vasculaires.

La distribution des lésions de la syphilis placentaire, suivant l'origine de la syphilis congénitale, telle qu'elle est établie par Fraenkel, est illusoire. Quelle que soit l'origine de

la syphilis, toutes les parties du placenta peuvent être malades ; placenta maternel et placenta fœtal peuvent être lésés d'une façon diffuse. Ce qui est vrai seulement, c'est que malgré la généralisation des lésions, la syphilis placentaire se localisera avec plus ou moins d'intensité dans l'une ou l'autre partie du placenta, suivant l'origine du virus.

Les lésions du placenta syphilitique, telles que nous venons de les exposer, peuvent suffire à expliquer souvent la mort du fœtus in utero, ou son état cachectique, par une sorte d'anoxémie qu'elles provoquent. D'où l'explication des accouchements prématurés si fréquents dans la syphilis.

IV. — Dans le placenta syphilitique, on peut rencontrer des lésions banales, tels que foyers hémorragiques, noyaux fibro-graisseux, infarctus blancs.

L'infarctus blanc ou dépôt de fibrine n'est autre chose qu'un foyer hémorragique transformé. Les causes de l'infarctus blanc sont donc les mêmes que celles des foyers hémorragiques. Elles sont multiples. L'infarctus blanc est dû, soit à des troubles circulatoires du placenta, très fréquents à la fin de la grossesse ; soit à des lésions des vaisseaux maternels du placenta; soit à des lésions d'endométrite de la caduque placentaire, ou des prolongements intra-placentaires de cette caduque ; soit enfin à l'oblitération d'un gros vaisseau fœtal du placenta.

De l'action du sulfate de quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement.

(*Méd. Moderne*. 9 janvier 1897)

Très fréquemment, l'accoucheur se trouve, au cours du travail, en présence de l'inertie utérine laquelle, en se prolongeant outre mesure, peut nuire et à la mère et au fœtus. Pour réveiller la contraction utérine, on peut employer des moyens divers : injections vaginales chaudes, bains, application de l'écarteur Tarnier, etc., pendant la période de dilatation; application de forceps pendant la période d'expulsion.

Les anciens accoucheurs pour accélérer le travail prescri-

vaient l'ergot de seigle. Mais ce médicament est à l'heure actuelle justement rejeté au cours du travail ; il provoque, en effet, non des contractions, mais du tétanisme de l'utérus. Et le col participe à la contracture de l'organe. Nous basant sur les recherches anciennes de Petitjean, Monteverdi, Bonfils, Duboué, Cordes qui reconnaissent au *sulfate de quinine* une action réellement ocytocique, nous avons songé à employer à nouveau cet agent dans le but d'accélérer le travail de l'accouchement.

Dans notre travail, nous rapportons deux observations très probantes dans lesquelles le sulfate de quinine a très rapidement réveillé les contractions utérines éteintes ou activé les contractions affaiblies. Pour nous, le sulfate de quinine est dans nombre de cas un excellent agent ocytocique. Son action souvent est rapide, mais il n'agit sur la fibre musculaire utérine qu'à la condition que le travail soit déclaré, que la contractilité de l'utérus soit déjà mise en mouvement. En d'autres termes, c'est un agent accélérateur du travail, mais il ne saurait en aucune façon agir comme abortif. Le sulfate de quinine à l'inverse de l'ergot de seigle détermine des contractions toujours intermittentes, tout comme les contractions physiologiques. La quinine n'offre aucun danger ni pour la mère ni pour l'enfant. La quinine agit promptement (au bout de 20 à 30 minutes) sur les contractions utérines qui deviennent plus fortes, plus fréquentes et plus longues. Comme ocytocique, il faut la prescrire à la dose de 1 gramme en 2 cachets de 0,50 centigrs. pris à 10 minutes d'intervalle. La quinine sera donc indiquée quand survient de l'inertie utérine soit pendant la période de dilatation, soit même pendant la période d'expulsion, alors que les moyens habituels pour réveiller la contraction utérine ont échoué, ou qu'on ne veuille pas d'emblée recourir au forceps.

De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet

(Journal l'Obstétrique 1897. p. 198.)

Il est indéniable que dans la majorité des cas d'avortements avec rétention de l'arrière-faix, que cette rétention soit simple ou compliquée d'accidents, il est prudent d'évacuer la cavité utérine. Tant que tout ou partie de l'œuf est retenu dans l'utérus, la femme est sous le coup d'accidents possibles, hémorragie ou infection.

Pour provoquer l'expulsion du placenta, on peut employer les moyens suivants : curage digital avec ou sans dilatation préalable du col, suivi ou non du curettage ou de l'écouvillonnage ; tamponnement du vagin ou de l'utérus. Ces moyens constituent de véritables interventions, nécessitant souvent l'anesthésie et pouvant parfois, dans des mains inhabiles, rester insuffisantes ou devenir dangereuses.

Or, comme nous avions dans un travail précédent (janv. 1897.) rappelé l'attention sur l'action ocytocique du sulfate de quinine dans le travail à terme, nous avons songé à utiliser ce médicament dans l'avortement avec rétention de l'arrière-faix. L'innocuité parfaite du médicament nous autorisait dans cette voie, d'autant que Cordes (de Genève) avait déjà employé autrefois la quinine pour provoquer les contractions utérines et détacher les restes ovulaires dans les cas d'avortement incomplet.

Nous avons pu relater 7 observations dans lesquelles la quinine a nettement réveillé la contraction utérine dans des utérus de 2, 3, ou 4 mois. Le placenta a été expulsé, suivant les cas, 25 minutes, 1 heure, 1 heure 1/2, 12 heures, 15 heures après l'administration de la quinine. Dans nos observations, la rétention durait soit depuis quelques heures, soit depuis 24 heures, 3 jours et même 4 jours ; elle était ou non compliquée d'hémorragie. Le sulfate de quinine s'est montré à la fois efficace et non dangereux. Il faut le prescrire à la dose de 1 gramme, en deux prises.

Il est certain que la quinine n'agira pas à coup sûr dans tous les cas ; mais étant donné que cette médication est inoffensive, il est toujours loisible, après échec, de recourir soit à l'expectation soit à l'intervention active. Aussi bien, dans l'avortement incomplet, l'administration de la quinine peut-elle toujours constituer le premier temps d'une thérapeutique plus active toutes les fois que l'évacuation rapide de l'utérus sera indiquée.

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injectione mercurielles solubles

En collaboration avec M. Lévy-Bing .(*Presse medicale*. 31 octobre 1903)

La thérapeutique de la syphilis chez l'adulte ayant bénéficié, dans ces dernières années, de la supériorité reconnue de la médication hypodermique, nous avons pensé qu'il était rationnel de s'adresser à la même pratique quand il s'agit de la syphilis chez le nouveau-né.

Le pronostic de l'hérédo-syphilis, en effet, est grave ; elle nécessite au plus tôt un traitement énergique. Or le traitement classique ancien est passible de nombreuses objections. Le traitement par la voie stomacale (liqueur de Van Swiéten) irrite souvent le tube digestif du nourrisson et provoque des vomissements et de l'entérite ; les frictions ne permettent pas un dosage exact du mercure absorbé et produisent parfois de l'érythème ; les bains de sublimé sont inefficaces ou dangereux si la peau dc l'enfant n'est pas intacte.

La méthode des injections sous-cutanées, par contre, constitue un traitement rationnel, énergique, rapide, sans danger, un mode puissant de mercurialisation.

L'un de nous (M. Lévy-Bing) ayant, dans un travail antérieur, expérimenté les excellents effets, chez l'adulte, des injections de *biiodure* de mercure en solution aqueuse, c'est ce sel que nous avons employé chez les nouveau-nés.

Nos observations sont au nombre de 5. Les petits malades âgés de quelques jours et atteints de lésions variées de syphilis héréditaire (pemphigus,syphilis viscérale, pertes de

poids) se sont tous rapidement améliorés sous l'influence des injections mercurielles. Aussi bien, avons-nous pu tirer de notre travail les conclusions suivantes :

Les injections de biiodure doivent être admises dans le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, même dès la naissance. Cette méthode de traitement sans danger est particulièrement efficace, rapide et sûre. Elle permet une mercurialisation intensive et respecte le tube digestif du nourrisson, ce qui n'est pas à dédaigner. Le biiodure doit être employé en solution aqueuse à la dose moyenne quotidienne, de 1 à 2 milligrammes pour le nouveau-né à terme. Le traitement se fait par séries de 10 à 15 injections ; les injections doivent être faites autant que possible dans le tissu musculaire, de préférence dans les régions latéro-vertébrales. Nous n'avons jamais observé ni réaction locale, ni intoxication.

Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles.

En collaboration avec M. Lévy Bing (*Soc. d'Obstétrique* de Paris, Déc. 1903)

Dans ce travail nous avons publié une nouvelle série d'observations dans lesquelles nous avons employé avec un plein succès la méthode des injections intra-musculaires de biiodure de mercure en solution aqueuse, chez des nouveau-nés syphilitiques. Deux de nos cas sont particulièrement intéressants : notre traitement a amélioré rapidement 2 enfants chez lesquels les frictions mercurielles étaient restées sans résultat.

Déformations plastiques du fœtus dans la présentation du Siège

En collaboration avec M. Bonnaire. (*Bull. de la Soc. d'Obstétrique*, 1901, p. 165).

Dans ce travail, nous avions plus spécialement en vue les déformations plastiques de la tête fœtale liées à la présentation du siège, dans les cas où le bassin est normal, et où la quantité du liquide amniotique ne s'écarte pas de la moyenne.

La déformation se caractérise essentiellement par une altération de la sphéricité céphalique et par la production d'un méplat siégeant sur l'un des pariétaux. L'aplatissement porte d'habitude sur le pariétal antérieur, au niveau de sa partie postéro-supérieure. La bosse pariétale correspondante est souvent plus saillante que celle du côté opposé ; tantôt elle reste située dans le même plan transversal que son homologue, tantôt elle est anté ou rétropulsée par rapport à celle-ci. La déviation est souvent plus complexe encore : le pariétal, de ce côté, est refoulé de haut en bas, et la bosse de ce côté occupe un niveau inférieur à celle du côté opposé.

La forme générale de la tête, quoique asymétrique, reste brachycéphale. Les 5 observations où cette déformation a porté sur le pariétal antérieur se décomposent ainsi : 4 présentations du siège, mode des fesses ; 1 siège complet ; 3 enfants étaient avant terme, 2 enfants dépassaient 3.000 gr. Dans aucun cas, le travail n'a été prolongé ; l'extraction de la tête a été facile.

La déformation observée provient de la pression exercée sur la tête par la contraction utérine, au niveau du fond ou voûte de l'utérus. Plus la quantité de liquide amniotique est faible ; moins la tête fœtale a de mobilité (siège, mode des fesses), plus la déformation sera facilitée.

Dans une 6ᵉ observation rapportée par nous, l'aplatissement siégeait sur le pariétal postérieur.

Enfin, dans deux dernières observations, la tête déformée offrait la disposition dolichocéphale. La pression de la paroi utérine a dû porter ici sur le segment postérieur de la tête fœtale et s'exercer de haut en bas.

L'oligoamnios favorise singulièrement les déformations plastiques de la tête, dans la présentation du siège, en empêchant la tête de se soustraire à la contraction utérine ; les parties fœtales appliquées les unes sur les autres, se compriment et se déforment mutuellement ; mais en général ces déformations ne sont pas persistantes. Si pourtant la compression a été prolongée, on peut voir se produire des raccourcissements musculaires, des dépressions, des enfonce-

ments osseux. On peut se demander si, dans ces cas, l'attitude en torticolis congénital ne prédispose pas, lors des tractions sur la tête dernière, à l'hémorragie intra-musculaire, origine de l'hématome du sterno-cleïdo-mastoïdien.

Dans 2 observations enfin, nous avons montré que la réaction de la tête sur la paroi interne de l'utérus en contraction pouvait déterminer un aplatissement du placenta, si celui-ci se trouve entre la tête et la paroi. On observe alors sur le placenta une zone indurée, scléreuse, atrophiée.

Un cas d'hémiplégie post-éclamptique

(*Société obstétricale de France*, avril 1896)

Il s'agit d'une femme éclamptique qui, au sortir d'un coma profond ayant duré plusieurs jours, a présenté une véritable hémiplégie du côté droit, avec déviation conjuguée des yeux et de la tête du côté paralysé.

Cette hémiplégie a guéri spontanément et rapidement, en l'espace de quelques semaines. Il y a eu de plus des troubles de la mémoire et de l'amblyopie.

A quelle cause attribuer cette hémiplégie ? Sans doute, à une hémorragie sous-méningée (sous-arachnoïdienne) s'étant faite au niveau des centres psycho-moteurs. La disparition rapide des accidents semble plaider, en effet, en faveur d'une hémorragie superficielle.

Statistique des applications de forceps faites à la Maternité de Lariboisière pendant l'année 1895. Comparaison avec les statistiques allemandes.

(Journ. l'*Obstétr.* 1896, p. 237.)

Différents auteurs allemands, Münchmeyer, Schmid, Wahl, ayant publié leurs statistiques d'applications de forceps, avec des résultats peu encourageants aussi bien pour les mères que pour les enfants, nous avons eu l'idée de leur opposer les chiffres recueillis, pendant une année (1895), dans le service de notre maître, M. Maygrier.

La statistique de Münchmeyer donne les chiffres suivants : mortalité générale des mères : 3, 4 %; mortalité attribuable directement au forceps 0; lésions des parties molles de la mère : 85 %;

Suites de couches fébriles : 21, 8 %. Mortalité générale des enfants : 17 %; mortalité attribuable au forceps : 12 %.

Les chiffres de Wahl et de Schmid sont, pour ainsi dire, superposables aux précédents.

Voyons la statistique du service du Dr Maygrier. En réunissant toutes les applications de forceps faites dans l'année, pour les causes les plus diverses, et à tous les étages du bassin, on trouve les chiffres suivants : lésions des parties molles chez la mère : 38 %; suites de couches fébriles : 11, 2 % : mortalité globale des femmes : 3, 1 % : mortalité due au forceps : 0.

Du côté des enfants :

Mortalité globale : 18 %; mortalité due au forceps même : 3, 03 %.

Pourquoi ces différences dans les statistiques ? C'est qu'en France on se sert d'un forceps meilleur, le forceps Tarnier, et que, de plus, on l'applique mieux. En Allemagne, en effet, on fait en général, et pour toutes les positions, des applications directes de forceps par rapport au bassin.

Etude sur le forceps Crouzat

(En collaboration avec le docteur Maygrier)

(Journ. l'*Obstétrique* 1898 - p. 220)

Nous avons présenté une série de 8 observations dans lesquelles nous avons appliqué le forceps Crouzat (forceps à courbure périnéale reportée sur les manches ; tracteur spécial composé d'une tige de traction s'articulant avec un glissoir). Toutes ces applications ont été faites au détroit supérieur ; 6 fois dans des bassins rachitiques, le diamètre promonto-pubien minimum variant entre 8, 5 centim. et 9, 5 centim.

Dans tous ces cas l'application de l'instrument a été facile ; il a fallu semble-t-il déployer une moindre force de traction

qu'avec le forceps Tarnier. La prise de la tête est solide ; le glissement des cuillères est minime d'où moindre chance de dérapement.

Nous avons expérimenté l'instrument sur le bassin de fonte; il nous a semblé qu'on avait moins de force à déployer pour engager la tête à travers le détroit supérieur rétréci avec le forceps Crouzat qu'avec le Tarnier.

Deux cas de malformation utérine diagnostiquée à propos de suites de couchee pathologiques

(*Bulletins de la Société d'obstetrique*, 1900, p. 344)

Ces 2 faits cliniques intéressants ont été recueillis dans le service de notre maître, M. le Professeur Budin. Dans les deux, il existait une malformation utérine dont le diagnostic a été fait au cours et à l'occasion de suites de couches pathologiques. Ou plus exactement : une fois, la malformation fut reconnue par surprise au cours de l'examen de la cavité utérine nécessité par la fétidité extrême des lochies ; la seconde fois, l'examen de l'utérus, pratiqué comme toujours, suivant la recommandation de M. Budin, dès qu'une infection des suites de couches parait avoir un point de départ utérin ; l'examen de l'utérus, disons-nous, permit de confirmer le diagnostic de la malformation.

1° Dans le premier cas, il s'agissait d'une cloison antéro-postérieure, siégeant dans le fond de l'utérus.

Femme de 32 ans, quartipare ; accouchement normal le 14 septembre 1900 ; délivrance naturelle et complète. Pendant 6 jours, les suites de couches sont normales, mais le 20 septembre, les lochies deviennent fétides et cette fétidité persistant, le 22 nous pratiquons l'exploration de la cavité utérine ; nous constatons alors que le fond utérin est divisé en 2 compartiments contenant tous deux des caillots sanguins putrides ; extraction des caillots, guérison.

2° La seconde observation a trait à un utérus double avec col cloisonné et vagin unique. Il s'agit d'une primipare de 26 ans; l'accouchement se fait à terme dans le service, le

12 octobre 1900. Le moniteur de garde doit faire une délivrance artificielle pour hémorragie utérine, et ne constate rien de particulier au cours de cette opération. Nous voyons la malade quelques heures après l'accouchement et constatons alors, à côté de l'utérus rétracté et déjeté fortement vers la droite, une petite tumeur semblant s'insérer sur le bord gauche de l'utérus, au niveau de son segment inférieur, tumeur pédiculée.

Nous pensons à un utérus double, mais sans pouvoir affirmer le diagnostic. Le troisième jour de suites de couches, la température monte à 38°4 ; nous procédons alors sur-le-champ à l'examen de l'utérus. Par le toucher, nous trouvons un col cloisonné. A droite on pénètre dans la cavité utérine qui avait été gravide et qui est vide de tout débris. A gauche, le col donne accès à un petit utérus haut de 8 centimètres, rempli de caillots et de caduque peu adhérente et infectée. Nous faisons le curage digital et le nettoyage de cette cavité. Guérison.

C'est donc la caduque de l'utérus non gravide qui s'était infectée.

Insertion vélamenteuse du cordon. Mort de l'enfant au début du travail par déchirure d'un vaisseau ombilical.

(Bull. de Soc. d'Obstétrique. 1900, p. 367.)

Placenta recueilli à la clinique Tarnier. Le cordon s'insère à 5 centimètres du bord du placenta, sur les membranes, et se divise à ce niveau en vaisseaux assez volumineux. La rupture des membranes, qui s'était faite spontanément a intéressé une artère rampant sur les membranes. L'hémorragie qui en est résultée a causé la mort de l'enfant dès le début du travail.

Cette observation est intéressante, car dans l'insertion vélamenteuse du cordon (dont la fréquence est de 1 pour 100 accouchements), la mort de l'enfant par hémorragie due à la rupture des vaisseaux ombilicaux est extrêmement rare.

Monstre sirénomèle

(Présentation des pièces anatomiques et de radiographies). — En collaboration avec MM. Macé et Bouchacourt. — Bull. de la Soc. d'Obstétrique. 1900. p. 66.)

Il s'agit d'un fœtus malformé, du poids de 1940 grammes, ayant succombé au cours du travail, et qui appartient au type des monstres sirénomèles.

Les membres inférieurs sont représentés par un seul membre se terminant en pointe. Il y a un seul os, le fémur sur lequel s'articule un tibia terminé en pointe par en bas. Pas trace de pied ; rotule à la face postérieure du genou ; pas d'organes génitaux externes ; absence de communication entre les fosses nasales et le pharynx.

Un cas de tumeur pelvienne

(probablement kyste du ligament large, *ayant fait obstacle à l'accouchement.* — En collaboration avec M. Démelin. — (Bull. de la Soc. d'Obstétrique, 1900. p. 143.)

Dans cette observation intéressante, il s'agit d'une femme primipare, de 22 ans, qui vint accoucher à la Clinique Tarnier le 1er mars 1900. Elle était à terme. Pendant la grossesse on avait diagnostiqué l'existence d'une tumeur pelvienne, mais sans songer à intervenir.

Le travail marche lentement ; il existe une présentation de la face compliquée de procidence du membre supérieur gauche. La face ne descend pas.

Quand il fut évident que l'accouchement ne se terminerait point par les seules forces de la nature, la tumeur n'ayant aucune tendance à remonter, on se proposa un plan opératoire nettement défini allant du simple au composé. Ce plan fut strictement suivi. Essai modéré du forceps, avec, en même temps, tentative de refoulement de la tumeur. Puis, le forceps échouant, ponction de la tumeur par le vagin (le diagnostic étant : kyste inclus sans doute dans le ligament large). La ponction restant négative, incision franche du kyste par le vagin après fixation de la poche par des sutures aux parois vaginales. Le kyste vidé de la sorte,

l'extraction de l'enfant fut facile au moyen du forceps. Ce traitement qui permit de terminer l'accouchement par les voies naturelles, sans traumatisme grave pour la mère, amena du même coup la guérison du kyste. La poche marsupialisée se rétrécit petit à petit, et son orifice s'obtura.

L'opération césarienne était d'ailleurs contre-indiquée ici, à cause de la rupture prématurée des membranes ; l'enclavement du kyste dans le petit bassin eût, d'autre part, rendu difficile son ablation par la voie abdominale.

Un cas de maladie de Little

(Présentation de l'Enfant, Société d'Obstétrique de Paris. mai 1900.)

Il s'agit d'un enfant âgé de 27 mois qui présentait tous les signes de la maladie de Little : pseudo-paralysie spasmodique généralisée aux 4 membres, plus marquée au bras gauche et à la jambe droite ; exagération des réflexes ; impossibilité de la marche ; absence de parole ; asymétrie cranienne ; idiotie.

Au point de vue étiologie, on note chez la mère un accouchement long avec période d'expulsion ayant duré plusieurs heures et terminé par une application de forceps.

Dans les jours qui ont suivi sa naissance, l'enfant aurait présenté des convulsions. On peut se demander si les troubles nerveux que présente l'enfant n'ont pas pour cause une hémorragie cérébrale ou méningée s'étant faite pendant l'accouchement et ayant donné lieu secondairement à une sclérose cérébrale et une dégénérescence du faisceau pyramidal ?

Présentation d'un enfant hydrocéphale. Variole grave de la mère au cinquième mois de la grossesse

(*Bull. de la Soc. d'Obstetrique*, 1901, p. 388.)

L'enfant présenté par nous à la Société d'Obstétrique était âgé de 4 mois 1/2 et atteint d'une hydrocéphalie marquée. Ce qui donnait un intérêt tout particulier à ce cas d'hydrocéphalie c'est qu'il était possible de rattacher peut-être la

malformation congénitale à une infection maternelle survenue pendant la grossesse et qui a été une variole grave.

La variole était survenue au cinquième mois de la grossesse. La malade guérit de la variole et accoucha à terme. A la naissance, l'enfant ne présenta rien d'anormal ; il pesait 3600 grammes. L'hydrocéphalie débuta trois semaines après la naissance.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Peut-on invoquer l'infection variolique maternelle pour expliquer la genèse de l'hydrocéphalie ? C'est possible.

Deux cas d'aménorrhée coïncidant avec une galactorrhée persistante

(Soc. obstétricale de France, avril 1901).

Dans ces deux faits, il s'agit d'une aménorrhée ayant coïncidé non pas avec la lactation, mais avec une persistance anormale et prolongée de lait dans le sein de femmes n'ayant jamais nourri.

Dans le premier cas, l'absence de règles a duré 8 mois après l'accouchement et pendant tout ce laps de temps, du lait a persisté dans les seins. L'utérus présentait un léger degré de subinvolution.

La seconde observation a trait à une multipare de 45 ans. Après son dernier accouchement, elle n'a pas nourri son enfant. Les règles manquent depuis 7 mois, et cette aménorrhée coïncide avec une galactorrhée abondante. L'aménorrhée ne pouvait être mise sur le compte ni d'une grossesse, ni d'une ménopause.

En somme, il ressort de ces faits qu'il existe une corrélation entre la suppression des règles et l'activité de la fonction mammaire.

De la fièvre chez les nouveau-nés syphilitiques

(Soc. obstetricale de France, avril 1904)

A plusieurs reprises nous avions été frappé, pendant notre année de clinicat dans le service de notre maître, M. le pro-

fesseur Budin, de la fréquence des accidents fébriles chez les nouveau-nés syphilitiques. Plus récemment, ayant eu à nous occuper du traitement de ces enfants, notre attention a été à nouveau attirée sur la fièvre au cours de l'hérédo-syphilis. Nous avons pu, de la sorte, recueillir un certain nombre d'observations d'enfants hérédo-syphilitiques chez lesquels une élévation thermique, plus ou moins passagère, a coexisté, soit avec des accidents de syphilis cutanée, soit avec des lésions de syphilis viscérale, soit avec une infection surajoutée, soit simplement avec une baisse de poids insolite.

En 1902, à la clinique Tarnier, sur 19 enfants syphilitiques, dont nous avons retrouvé les observations, 11 fois (soit dans une proportion de 57,8 0/0) il y eut fièvre. En 1901, sur 30 cas nous avons noté 5 fois des accidents fébriles.

Chez l'adulte, surtout chez la femme, la fièvre syphilitique est connue de longue date (Hunter, Ricord, Diday). Le professeur Fournier admet une fièvre *symptomatique* des lésions cutanées ou autres, et une fièvre *essentielle*, d'essence purement spécifique chez l'enfant; un auteur allemand, Eross, a rapporté, en 1891, quelques observations dans lesquelles la fièvre a accompagné le développement de lésions syphilitiques sur la peau ou les muqueuses.

De ce que nous avons observé personnellement, nous pouvons conclure :

La syphilis chez le nouveau-né est loin d'être une affection toujours apyrétique. La fréquence des élévations thermiques est même relativement grande; elle serait, sans doute, plus grande encore si l'on prenait systématiquement la température chez tous les hérédo-syphilitiques.

La fièvre reconnaît des causes très variables suivant les cas :

a) Dans la grande majorité de ces cas, il s'agit d'*infections secondaires thermogènes* qui se développent avec une grande facilité chez ces enfants syphilitiques et le plus souvent prématurés. On trouve ainsi comme causes de la fièvre : le coryza, les phénomènes broncho-pulmonaires, les infections intestinales, etc.

b) D'autres fois, la fièvre semble être sous la dépendance de l'éruption cutanée ou muqueuse; elle est analogue alors aux fièvres éruptives.

c) Dans une troisième catégorie de cas, l'élévation thermique, indépendante de toute éruption ou de toute infection surajoutée, semble coïncider avec une syphilis viscérale appréciable cliniquement.

d) Parfois enfin — et ce sont les faits les plus intéressants — la fièvre coexiste seulement avec un état général mauvais de l'enfant et une chute du poids initial, insolite.

Quelle que soit la pathogénie de la fièvre chez le nouveau-né syphilitique, elle semble céder rapidement au traitement mercuriel.

Sens. — Imprimerie Miriam, 1, rue de la Bertauche